

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Павленко Н.В. доц., Волошин К.В. ас.

научный руководитель - д.мед.н., проф. Белоусова О. Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования  
кафедра педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии

Частота заболеваний пищеварительной системы у детей в настоящее время значительно возросла и занимает одно из ведущих мест среди соматической патологии. Одними из наиболее распространенных заболеваний, после поражений органов гастроудоденальной зоны и кишечника, являются заболевания пищевода. Степень выраженности эндоскопически определяемых изменений слизистой оболочки пищевода у детей варьирует от визуально неизменной (может обнаруживаться лишь гастрэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) различной степени) до деструктивных изменений при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Среди причин появления изменений пищевода и их прогрессирования можно выделить прогрессирующий дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), длительный язвенный анамнез, частые и продолжительные курсы антисекреторной терапии.

Цель работы – анализ особенностей изменений пищевода и формирования ГЭРБ у детей с патологией гастроудоденальной зоны, по результатам эндоскопического исследования и данных эндоскопической рН-метрии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 57 детей в возрасте 7-18 лет. Пациенты были госпитализированы с жалобами и клиническими проявлениями, характерными для патологии органов гастроудоденальной зоны. Всем детям для верификации патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки проведено эндоскопическое исследование. У всех обследованных детей оценивалось состояние СО пищевода и наличие либо отсутствие ГЭР и ДГР при различных состояниях СО желудка и ДПК. Так же проводилась эндоскопическая рН-метрия – определялись показатели рН в пищеводе, теле и антральном отделе желудка.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии изменений СО пищевода в большинстве случаев при неизменной СО желудка и ДПК. Частота встречаемости катарального эзофагита была достоверно выше у детей с эритематозной гастроудоденопатией и деструктивными изменениями СО желудка и ДПК, чем при неизменной СО. Случаи деструктивного эзофагита отмечались исключительно при наличии изменений СО желудка и ДПК (чаще при деструктивных их изменениях).

Степень выраженности ГЭР и ДГР при различных вариантах состояния СО желудка и ДПК свидетельствуют о наличии ГЭР I-II степени при всех вариантах состояния СО желудка и ДПК примерно у половины больных. В тоже время ГЭР III степени отмечен лишь у детей с деструктивными изменениями. Степень выраженности ГЭР и ДГР увеличивается в случаях катаральных или деструктивных изменений СО желудка и ДПК. Сочетание ГЭР и ДГР отмечается примерно у 30% пациентов.

Данные эндоскопической рН-метрии указывают на снижении показателей рН в пищеводе ниже 4 при наличии лишь моторных нарушений (ГЭР, ДГР) и их прогрессирование при увеличении степени выраженности ГЭР. Значения рН при катаральном эзофагите составляло: пищевод <4, тело желудка <1,5, антральный отдел <2,6. При деструктивном эзофагите – пищевод <2,5, тело желудка <1,2, антральный отдел <1,6. Такие показатели свидетельствуют о выраженном снижении уровня рН и наличие агрессивной кислой среды в желудке и ее забросе в пищевод на фоне недостаточной ощелачивающей функции, что, по видимому, является фактором развития выраженных изменений СО пищевода (вплоть до деструктивных).

Выводы:

1) Пищеводные нарушения встречаются у 38% детей с патологией ГДЗ. Их характер и выраженность зависят от характера нозологии ГДЗ и, как правило, вторичны.

2) При неизменной СО желудка и ДПК или ее поверхностных, катаральных изменениях отмечаются преимущественно функциональные двигательные нарушения пищевода в виде ГЭР I-II степени и лишь у 30% пациентов в сочетании с ДГР.

3) При распространенных воспалительных изменениях СО двигательные нарушения в пищеводе прогрессируют (ГЭР II-III степени), сопровождаются преимущественно смешанным характером пищеводного рефлюктата (доля желчи), как правило, всегда сочетаются с выраженными моторными нарушениями в виде ДГР II-III степени, иногда с превалированием ДГР. При этом у 42% пациентов формируются стойкие воспалительные изменения СО пищевода в виде катарального рефлюкс-эзофагита.

4) У детей с деструктивными изменениями СО желудка и ДПК отмечаются стойкие проявления эзофагита на фоне выраженных моторных нарушений зоны пищеводно-желудочного перехода (ГЭР, пролапс СОЖ и т.д.) с формированием тяжелых вариантов ГЭРБ с эрозиями, язвами. При этом, несмотря на визуальный смешанный характер пищеводного рефлюктата, цифры пищеводной рН-метрии (< 1,5) свидетельствуют о выраженной кислотной агрессии с суперацидным состоянием в желудке (corpus < 1,0) и декомпенсированной ощелачивающей способностью (antrum < 1,5).